

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES (Département de Maine-et-Loire)

Exercices 2017 et suivants

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS	5
INTRODUCTION	6
1 GOUVERNANCE	7
1.1 Instances	7
1.2 Organisation administrative	9
1.3 Système d'information	10
2 ENJEUX BUDGETAIRES	13
2.1 Cadre budgétaire et comptable	13
2.2 Fiabilité des comptes et qualité de l'information financière	13
2.3 Évolution et financement des dépenses	14
2.4 Situation bilancielle	18
3 ENJEUX DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	18
3.1 Éléments de contexte.....	18
3.2 Statut des personnels rémunérés par la MDPH	19
3.3 Créations de postes budgétaires	21
4 LA GESTION DES DEMANDES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	22
4.1 Activité	22
4.2 Délais d'instruction	23
4.3 Avis des usagers	24
4.4 Parcours individuels, le cas des personnes en situation de handicap vieillissantes	25
ANNEXES	30
Annexe n° 1. Formation du résultat	31
Annexe n° 2. Recettes et dépenses du fonds départemental de compensation	32
Annexe n° 3. Effectifs au 1 ^{er} janvier 2022 (en nombre d'agents).....	33

SYNTHÈSE

La chambre a procédé au contrôle des comptes et de la gestion de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de Maine-et-Loire pour les exercices 2017 et suivants. Ce contrôle s'est notamment inscrit dans le cadre d'une enquête des juridictions financières (Cour et chambres régionales des comptes) portant sur l'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes.

Une architecture administrative complexe et mal maîtrisée

Les MDPH sont investies, depuis 2006, de missions d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Dotées d'un statut de groupement d'intérêt public (GIP), elles sont principalement régies par le code de l'action sociale et des familles (CASF).

La MDPH de Maine-et-Loire dispose d'un effectif d'une cinquantaine d'agents, renforcé d'une vingtaine de personnes mises à disposition par le département et des services de l'État.

Elle s'inscrit dans une structure plus vaste dénommée « Maison départementale de l'autonomie » (MDA), hébergée, depuis 2013, dans des locaux distincts des autres services de la collectivité départementale. Cet ensemble, non doté d'une personnalité juridique, réunit les moyens de la MDPH et du département affectés à l'action sociale en faveur des personnes âgées ou handicapées ; il est rattaché à la direction générale du développement social et des solidarités (DGADSS) de la collectivité.

Cette architecture administrative est source de complexité et apparaît mal maîtrisée. La documentation administrative et budgétaire de la MDPH ne rend qu'imparfaitement compte de la réalité des moyens mobilisés et des contributions des différents membres. Les fonctions essentielles de comptable et d'ordonnateur ont été irrégulièrement exercées au cours de la période examinée. La gestion des effectifs directement recrutés est entachée d'irrégularités conséquentes résultant de confusions ou d'imprécisions.

La MDPH devra s'efforcer de rétablir sa situation administrative.

Un système d'information sous-dimensionné

En dépit d'avancées récentes significatives, le système d'information demeure sous-administré. Sa gestion actuelle paraît davantage dominée par des préoccupations tenant au suivi des procédures et à l'alimentation des statistiques nationales que par l'appréciation de ses performances de gestion. Le défaut d'exploitation des données disponibles prive les différents décideurs et acteurs d'éléments de diagnostic essentiels à la connaissance des publics ciblés, au dimensionnement de l'offre médico-sociale locale et à l'évaluation de la politique publique en faveur des personnes en situation de handicap.

Des performances de gestion à affiner

La MDPH organise, à titre principal, les travaux de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Elle enregistre près de 250 demandes par jour ouvré. Son activité a été affectée par la crise sanitaire. L'accumulation de demandes en attente de traitement traduit des difficultés à faire face à une charge de travail croissante.

La moitié des décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) sont rendues au-delà du délai règlementaire de 4 mois et le quart le sont avec un dépassement de 6 mois. Pour les usagers, ce délai d'instruction, imputable à la seule MDPH, s'ajoute à celui séparant une prise de décision de sa mise en œuvre effective. S'agissant des orientations en établissement, le délai total entre le dépôt d'une demande à la MDPH et l'éventuelle entrée en établissement peut dépasser 2 ans. Près d'une orientation en établissement sur trois n'est, en moyenne, pas effectivement mise en œuvre, du fait de l'insuffisance de places disponibles. Ces tensions sur l'offre ne sont, là encore, pas imputables à la MDPH, mais au nombre d'autorisations d'activité délivrées par l'agence régionale de santé et le département.

S'agissant des personnes en situation de handicap vieillissantes, la MDPH ne paraît pas pleinement en mesure d'anticiper les risques de rupture des parcours individuels. Ses moyens la contraignent à prioriser ses interventions au titre du dispositif national dénommé *Réponse accompagnée pour tous (RAPT)*.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1. : Modifier la délégation délivrée, par arrêté de la présidente du conseil départemental, au bénéfice d'une élue départementale, pour instaurer une suppléance en cas d'empêchement, seule prévue par les dispositions applicables (CASF, art. 146-4).

Recommandation n° 2. : Doter le GIP des moyens nécessaires au recueil, traitement et restitution des données.

Recommandation n° 3. : Doter le GIP de tableaux de bords susceptibles de contribuer plus significativement à l'appréciation de sa gestion et à l'évaluation des politiques publiques en faveur des personnes en situation de handicap.

Recommandation n° 4. : Améliorer la communication à destination des bénéficiaires potentiels du fonds départemental de compensation du handicap.

Recommandation n° 5. : Rétablir strictement la compétence de l'organe délibérant en matière de gestion des ressources humaines (loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, art. 99, et décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable, art. 7).

INTRODUCTION

Le contrôle de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de Maine-et-Loire a été inscrit au programme de la chambre pour 2022. Il a été conduit dans le cadre d'une enquête des juridictions financières (Cour et chambres régionales des comptes) portant sur l'accompagnement et la prise en charge des personnes en situation de handicap vieillissantes. Il a également porté sur la gestion des moyens humains et budgétaires.

Le contrôle a été notifié à Mme Florence Dabin, représentante légale de la MDPH, ainsi qu'à M. Christian Gillet, qui l'a précédée dans cette fonction avant 2021, par courriers réceptionnés par les intéressés, respectivement les 1^{er} et 12 février 2022. Les entretiens de début et de fin de contrôle se sont tenus les 4 février 2022 et 9 janvier 2023 avec Mme Dabin. L'entretien de fin de contrôle a été organisé avec M. Gillet, le 4 janvier 2023, par téléphone.

Les observations provisoires ont été délibérées, par la chambre, le 7 février 2023 et adressées à Mme Florence Dabin, ainsi qu'à M. Christian Gillet, par courriers réceptionnés, respectivement, les 28 février et 2 mars 2023. Les observations définitives ont été délibérées par la chambre le 27 avril 2023.

Les MDPH sont investies, depuis 2006, de missions d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées¹ et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap². Elles organisent, à titre principal, les travaux de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Dotées d'un statut de groupement d'intérêt public (GIP), elles sont principalement régies par le code de l'action sociale et des familles (CASF)³.

La MDPH de Maine-et-Loire rémunère près de 50 agents et dispose d'un budget annuel de 3 M€. Ces moyens sont renforcés par une vingtaine d'agents mis à sa disposition par le département et divers services de l'Etat.

¹ L'usage du terme administratif de « personnes en situation de handicap » a été retenu lors de la rédaction du présent rapport à la place de « personnes handicapées ». Ce dernier perdure, toutefois, dans les abréviations officielles désignant des organismes, instances ou dispositifs et est susceptible, à ce seul titre, d'être employé dans les développements à suivre.

² Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, codifiée aux articles L. 146-3 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

³ Les dispositions de droit commun relatives à la création, à l'organisation, au fonctionnement et à la dissolution des GIP ne sont applicables aux MDPH qu'à « titre subsidiaire », afin de combler d'éventuelles lacunes des textes (loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, art. 121).

1 GOUVERNANCE

Le département, l'État, l'Agence régionale de santé (ARS) et les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales sont membres de droit du groupement d'intérêt public⁴. Les départements en assurent la tutelle administrative et financière.

Au cas d'espèce, la MDPH de Maine-et-Loire associe, depuis 2006, les organismes prévus par les dispositions en vigueur, auxquels s'ajoutent deux sociétés d'assurance mutuelle (Mutualité Sociale Agricole et VYV3 Pays de la Loire).

1.1 Instances

- Organe délibérant et représentante légale

L'organe délibérant de la MDPH est dénommé commission exécutive, ou comex. Cette dernière est, en droit, présidée par la présidente du conseil départemental. Aucune disposition du CASF n'autorise une délégation de fonction et de signature à un autre membre de l'exécutif départemental ou de la comex⁵.

Au cas d'espèce, la convention constitutive de la MDPH autorise la présidente à désigner un conseiller départemental pour la suppléer à la présidence de la comex en cas d'empêchement (art. 10). Le même texte autorise, par ailleurs, le président à délivrer une délégation de signature au seul directeur (art. 12).

La présidence de la commission exécutive a été assurée, durant toute la période examinée, par une vice-présidente du conseil départemental, en méconnaissance des dispositions applicables.

Un arrêté émanant de la présidente du conseil départemental a rappelé, en avril 2022, l'exercice de la présidence de la comex par Mme Dabin et délivré une délégation globale de fonction et de signature à la même vice-présidente de l'assemblée départementale.

La chambre estime que ce dernier dispositif en date n'a pas mis fin à l'irrégularité constatée. Les délégations susceptibles d'être mises en œuvre au sein de l'exécutif départemental, fondées sur l'article L. 3221-3 du code général des collectivités territoriales (CGCT)⁶, ne sont pas applicables à une entité juridiquement distincte de la collectivité et régie par le CASF. La chambre recommande de remplacer l'actuel régime de délégation au sein de l'exécutif départemental par la désignation du membre de la comex appelé à suppléer, en cas d'empêchement, la présidente de cette instance.

⁴ CASF, art. L. 146-4.

⁵ CASF, art. L. 146-4.

⁶ « Le président du conseil départemental est seul chargé de l'administration. Il peut déléguer par arrêté, sous sa surveillance et sa responsabilité, l'exercice d'une partie de ses fonctions aux vice-présidents. Il peut également déléguer une partie de ses fonctions, dans les mêmes conditions, à des membres du conseil départemental en l'absence ou en cas d'empêchement des vice-présidents ou dès lors que ceux-ci sont tous titulaires d'une délégation.

Recommandation n° 1. : Modifier la délégation délivrée, par arrêté de la présidente du conseil départemental, au bénéfice d'une élue départementale, pour instaurer une suppléance en cas d'empêchement, seule prévue par les dispositions applicables (CASF, art. 146-4).

La commission exécutive est, en sus de sa présidente déléguée, composée de 32 membres.

Elle a adopté un règlement intérieur en 2011. Ce règlement définit la composition du bureau, formation restreinte de la commission exécutive, ainsi que le régime des délégations qui lui sont délivrées par cette dernière.

Ce régime de délégation n'est pas mis en œuvre. La gouvernance du GIP repose, dans les faits, sur la seule comex, laquelle se réunit trois fois par an. La réunion du bureau autorise davantage de souplesse dans la gouvernance du GIP.

- La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) a été substituée aux précédentes Commission Départementale de l'Éducation Spéciale (CDES) et Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP)⁷.

En rendant les décisions relatives à l'ensemble des demandes de prestations et d'orientations adressées à la MDPH par les personnes en situation de handicap, cette commission assure la fonction essentielle de cette dernière.

Ses membres sont désignés conjointement par la présidente du conseil départemental et le préfet.

Ses décisions sont rendues au vu de l'évaluation, par une équipe de la MDPH, de l'incapacité permanente des demandeurs et des besoins de compensation qui en découlent.

Compte tenu du nombre de demandes de prestations et d'orientations adressées à la MDPH, la plupart des décisions sont rendues à l'issue d'une procédure simplifiée, dite « sur listes ». Font seules l'objet d'un examen effectif par la commission les situations caractérisées par l'absence de consensus avec les demandeurs. Sur près de 60 000 décisions et avis rendus en 2020, moins d'une centaine étaient, ainsi, issues d'un examen détaillé.

- Comité de gestion du fonds départemental de compensation du handicap

Chaque MDPH gère un fonds départemental de compensation du handicap, chargé d'allouer des aides financières aux personnes handicapées faisant face à des frais restant à leur charge en dépit du bénéfice de prestations. La gestion de ce fonds est assurée par un comité réunissant ses contributeurs (État, département, CAF, CPAM et Mutualité Sociale Agricole).

⁷ La CDAPH est régie, notamment, par les dispositions des articles L. 241-5 et suivants et R. 241-24 et suivants du CASF.

1.2 Organisation administrative

Afin de faciliter le rapprochement de leurs moyens affectés à l'accompagnement de la perte d'autonomie, les départements ont la faculté de regrouper ceux de leurs services dont l'activité est dédiée aux personnes âgées ou en situation de handicap.

Les structures administratives résultant d'un tel regroupement, dénommées « maisons départementales de l'autonomie » (MDA), englobent des services du département et ceux de la MDPH. Les maisons de l'autonomie ne sont pas dotées de la personnalité juridique, mais d'un simple label délivré par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) au vu de prescriptions règlementaires. La création d'une MDA présente un caractère facultatif⁸.

Le département de Maine-et-Loire a été l'un des premiers départements à se doter d'une MDA. Cette dernière est, depuis 2013, hébergée dans des locaux distincts des autres services de la collectivité.

La MDA assure la gestion des droits des usagers, correspondant, schématiquement, à l'instruction des demandes de prestations destinées à ces derniers (attributions d'aides et orientations vers des établissements d'accueil ou services à domicile). Les services de la MDA procèdent également au versement des aides allouées aux particuliers par la collectivité, dans une logique de guichet unique.

Les services administratifs à vocation sociale du département assurent, pour leur part, les autres missions incombant directement à la collectivité ou à l'exécutif de cette dernière, qui tiennent, par exemple, à l'élaboration des schémas d'organisation sociale et médico-sociale ou à l'encadrement de l'activité des établissements et services prenant en charge les personnes en situation de handicap. Ils procèdent également au versement des participations et aides aux établissements et services sociaux et médico-sociaux. La direction générale du département compétente assure, dans ces conditions, la gestion de l'offre médico-sociale du territoire (autorisations, tarification, contrôles).

La direction des services constituant la MDA est assurée par la directrice de la MDPH, sous l'autorité du directeur général adjoint du département.

Selon la MDPH, la création d'un unique lieu d'accueil permet de faciliter les démarches des usagers et de limiter les risques de rupture de parcours.

La chambre observe, toutefois, que les singularités relevant du statut de la MDPH, conjuguée à l'insertion de cette dernière dans l'administration départementale, n'est pas de nature à faciliter la gestion du GIP. Les développements suivants montrent que cette complexité ne paraît pas pleinement maîtrisée, notamment en matière de ressources humaines.

⁸ CASF, art. L. 149-4.

1.3 Système d'information

La politique en faveur des personnes en situation de handicap s'appuie sur un dispositif national permettant à la CNSA de centraliser une information standardisée, renseignée ou collectée localement par différents acteurs.

Ce dispositif s'appuie sur un système d'information formé de trois composantes principales, dédiées à l'instruction des demandes adressées à la MDPH, à la gestion des orientations en établissements ou services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) et à celle des prestations financières.

Les finalités de sa principale composante, le « système de gestion et d'information des maisons départementales des personnes handicapées », sont définies réglementairement. Elles visent, entre autres, à permettre l'instruction des demandes des personnes en situation de handicap et le suivi de leurs parcours individuels, les travaux de l'équipe chargée d'évaluer la situation et les besoins de ces mêmes personnes, mais également la production de statistiques nécessaires au suivi des politiques du handicap ou à l'élaboration et à la mise en œuvre du schéma départemental.

Le pilotage de la politique en faveur des personnes en situation de handicap exige la confrontation des données décrivant les besoins, produites par la MDPH, à d'autres informations, détenues par d'autres acteurs, à l'instar de celles relatives à l'offre médico-sociale.

Les éléments chiffrés de la documentation produite tant par le département que la MDPH questionnent les performances de ce système d'information et les modalités de son exploitation par les parties prenantes⁹.

Sans minimiser les potentiels défauts de conception et de déploiement de ces outils, dont l'appropriation par les utilisateurs, contrariée par la crise sanitaire, n'est pas acquise à ce jour, il paraît plus pertinent d'en aborder l'examen sous l'angle de la gestion des données dont ils permettent la collecte.

Ces données peuvent être affectées par un défaut de fiabilité qui tient, notamment, s'agissant de l'outil de suivi des orientations en ESSMS, à un encadrement insuffisant des saisies réalisées par les opérateurs médico-sociaux. L'ARS et le département ont engagé des démarches conjointes visant à rappeler ces derniers à leurs obligations, ils n'ont, à ce jour, pas envisagé de sanctionner financièrement les gestionnaires d'ESMS dont la qualité et les délais de saisie affectent les possibilités d'exploitation des données par les acteurs institutionnels, au rang desquels figure la MDPH.

⁹ Cf. notamment le rapport d'observations définitives relatif à l'accompagnement et à la prise en charge des PSHV en Maine-et-Loire.

Les défauts de fiabilité proviennent également des données issues de saisies plus anciennes qu'il n'a pas été jugé nécessaire de mettre à niveau. Alors que les saisies récentes d'informations relatives aux types de déficiences s'avèrent mieux documentées que dans la plupart des autres départements, la base de données est affectée par le renseignement parcellaire de celles qui sont antérieures au déploiement des nouveaux outils. Si la MDPH n'est pas convaincue de l'intérêt d'une mise à niveau de ces dossiers anciens, la chambre constate que le manque de fiabilité de ces derniers ne permet pas de disposer d'un historique suffisamment fiable pour retracer les parcours individuels de façon satisfaisante.

Les bases de données font l'objet d'actualisations au gré des décisions de la MDPH et des événements qui en découlent. Ces mises à jour régulières peuvent avoir des conséquences rétroactives, particulièrement en cas d'attribution de droits courant à compter d'une date antérieure à la décision. Faute de mesures visant à assurer la traçabilité des résultats obtenus, les extractions de données réalisées à des dates successives peuvent aboutir à autant de résultats différents. Ainsi, les services du département et de la MDPH n'ont, parfois, pas été en mesure de reconstituer les informations chiffrées sur la base desquelles ces deux acteurs ont fondé leur communication institutionnelle ou leurs contributions à l'enquête nationale des juridictions financières sur les PSHV.

Un contrôle des données effectué par la chambre a mis en évidence une surestimation croissante du nombre de bénéficiaires de la prestation compensatoire du handicap (PCH) soit plus de 3 000 personnes fin 2021. Les explications apportées par la MDPH, dans ses réponses aux observations provisoires, n'ont pas permis de la justifier. De même, l'augmentation anormale du nombre de bénéficiaires de la PCH affichée fin 2019 par le département n'a pu être justifiée.

Pour autant, ces défauts de fiabilité et d'exhaustivité des données ne font pas totalement obstacle à leur exploitation. L'examen du fichier national issu de l'agglomération des données collectées localement a, ainsi, permis à la Cour des Comptes d'apporter un éclairage nouveau sur les types de déficience présents dans le département et d'apprécier les délais de mise en œuvre des décisions d'orientation en ESMS prises par la MDPH.

Il apparaît, à l'aune de ce dernier élément, qu'en dépit de limites imputables à sa conception, le potentiel offert par le système d'information médico-sociale n'est pas pleinement exploité et que cette situation tient, pour l'essentiel, à un recours insuffisant aux méthodes propres à la science des données (ou *data scientism*). Des considérations relevant des impératifs de procédure et de reddition des comptes paraissent, en outre, avoir pris le pas sur l'exploitation d'une information pourtant riche d'enseignements, dans la définition des priorités. Il n'a, ainsi, pas été jugé indispensable de mettre en place un simple dispositif d'identification des PSHV approchant l'âge de la retraite.

Si la MDPH affirme répondre aux demandes de statistiques qui lui sont adressées, plusieurs faits ou témoignages attestent, par ailleurs, d'un défaut de circularisation des informations disponibles entre acteurs majeurs du territoire.

La MDPH n'a pas eu connaissance des résultats de l'estimation du nombre de PSHV résidant en EHPAD, qui figurent, pourtant, dans le projet régional de santé élaboré concomitamment par l'ARS. Cette information majeure pourrait, de surcroît, être affinée par l'exploitation des données relatives au paiement des prestations financières, détenues par le département.

Dans la même idée, le dispositif du CHU d'Angers destiné à l'accompagnement dans l'accès aux soins programmés peine à trouver un dimensionnement adéquat, faute d'informations relatives au nombre de femmes adultes en situation de handicap et au lieu de résidence de ces dernières.

Si, dans ses réponses aux observations provisoires, la MDPH conteste certains de ces constats, elle les conforte, indirectement, en faisant état d'une stabilisation récente de son système d'information, d'une amélioration ou de gains de fiabilité et de performance des extractions de données ainsi que de la reconfiguration et du renforcement des moyens dédiés à la satisfaction des besoins statistiques.

Son statut de groupement d'intérêt public rend la MDPH de Maine-et-Loire tributaire des moyens mis à sa disposition par ses membres., La chambre maintient que le GIP, bien qu'acteur central de l'observation du handicap, ne paraît pas, à ce jour, suffisamment en capacité d'optimiser l'exploitation d'un système d'information conçu non seulement comme outil de travail quotidien mais ayant également vocation à permettre une gouvernance efficace des politiques menées en faveur des personnes en situation de handicap.

Ce sous-dimensionnement des moyens affectés à la production et à la diffusion d'informations conduit à priver les décideurs et acteurs locaux d'éléments objectifs d'appréciation essentiels des parcours individuels et des dispositions à envisager collectivement.

Recommandation n° 2. : Doter le GIP des moyens nécessaires aux recueil, traitement et restitution des données.

Recommandation n° 3. : Doter le GIP de tableaux de bords susceptibles de contribuer plus significativement à l'appréciation de sa gestion et à l'évaluation des politiques publiques en faveur des personnes en situation de handicap.

2 ENJEUX BUDGETAIRES

2.1 Cadre budgétaire et comptable

Les MDPH sont soumises aux principes fondamentaux de la gestion budgétaire et comptable publique et, plus particulièrement, aux dispositions budgétaires, financières et comptables du CGCT¹⁰ applicables aux départements.

Elles sont dotées d'un agent comptable nommé par l'autorité préfectorale, après avis du directeur départemental des finances publiques¹¹.

Au cas d'espèce, l'acte administratif valant affectation du comptable en poste a été visé par le seul comptable supérieur. La portée de cette irrégularité formelle doit être appréciée au regard de l'exercice des fonctions d'ordonnateur par une personne ayant également officié en méconnaissance du cadre juridique applicable.

2.2 Fiabilité des comptes et qualité de l'information financière

- Fiabilité des comptes

Les organismes publics sont tenus de présenter des comptes réguliers, sincères et donnant une image fidèle du résultat de leur gestion, de leur patrimoine et de leur situation financière. La fiabilité des comptes constitue une condition essentielle à la performance de leur gestion et à la justification de l'emploi des fonds publics¹².

Au cas d'espèce, l'état de l'actif produit par le comptable et l'inventaire comptable des biens établis par l'ordonnateur sont concordants. Néanmoins, les biens mis à la disposition de la MDPH n'ont pas été inscrits aux comptes correspondants à leur nature juridique. En outre, aucune sortie d'inventaire n'a été constatée depuis la création du GIP. L'état des immobilisations, annexé au compte administratif, n'est pas conforme à la réglementation comptable : le détail de l'ensemble des biens qu'il expose pourrait avantageusement se limiter aux seuls biens en cours d'amortissement, classés par nature.

Ainsi, entre 2017 et 2020, 20 000 à 30 000 € de charges (dépenses de fonctionnement) se rapportant à l'année précédente n'ont pas été rattachées au bon exercice ; 40 000 € de produits comptabilisés en 2021 auraient dû être comptabilisés en 2020 et rendre cet exercice excédentaire. Dans ses réponses aux observations provisoires, l'ordonnatrice a annoncé la systématisation du rattachement des charges et des produits à l'exercice. Seul ce dernier point a affecté significativement les comptes produits au cours de la période. Ce constat ne dispense pas l'ordonnatrice d'améliorer l'information comptable dispensée aux administrateurs du GIP.

¹⁰ Code général des collectivités territoriales.

¹¹ CASF, art. R. 146-23.

¹² L'exigence de fiabilité des comptes publics a été consacrée, en 2008, dans la Constitution (art. 47-2) ; les objectifs assignés à la comptabilité publique ont, depuis, été précisés par le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable.

- Documentation budgétaire

En la forme, les documents budgétaires et comptables soumis à l'approbation de l'organe délibérant se limitent à l'exposé des prévisions et réalisations budgétaires.

Aucun état du personnel n'est annexé au budget. Ce document, qui rapproche les effectifs budgétaires et les effectifs pourvus, constitue, pourtant, un outil majeur de gestion des ressources humaines, secteur concentrant, lui-même, l'essentiel des enjeux administratifs et budgétaires.

Le personnel du GIP est soumis à un régime de droit privé. L'imputation dominante des charges de personnel au compte retraçant les rémunérations d'agents titulaires de la fonction publique donne, dans ces conditions, une image trompeuse de la structure des effectifs.

Les rapports de présentation budgétaire sont peu développés. La comex a bénéficié d'une information incohérente, voire erronée, quant à la structure des effectifs ou à l'évolution des dépenses de personnels¹³.

La chambre invite la MDPH à faire preuve de davantage de rigueur et de pédagogie dans la tenue de cette documentation budgétaire et comptable.

- Qualité des prévisions budgétaires

Les comptes annuels sont approuvés avant l'adoption du budget primitif. Cette procédure calendaire permet de reprendre les excédents constatés à la clôture de l'exercice précédent dès la première décision budgétaire de l'exercice.

La recette constituée de l'excédent de fonctionnement reporté donne lieu à l'inscription de dépenses de la même section manifestement non vouées à être réalisées : près de 0,5 M€ de charges budgétées sont, en effet, annulées chaque année.

La chambre rappelle que les dispositions juridiques en vigueur autorisent l'adoption d'un budget présentant un excédent des recettes de fonctionnement sur les dépenses de même nature¹⁴. La mise en œuvre d'une telle solution, plus respectueuse du principe de sincérité budgétaire, serait préférable à la pratique qui a, jusqu'à présent, prévalu.

2.3 Évolution et financement des dépenses

Le budget de l'établissement est presque intégralement constitué de dépenses de fonctionnement couvertes par des contributions financières.

Les dépenses de fonctionnement ont augmenté de près de 20 % pour approcher 3 M€ en fin de période.

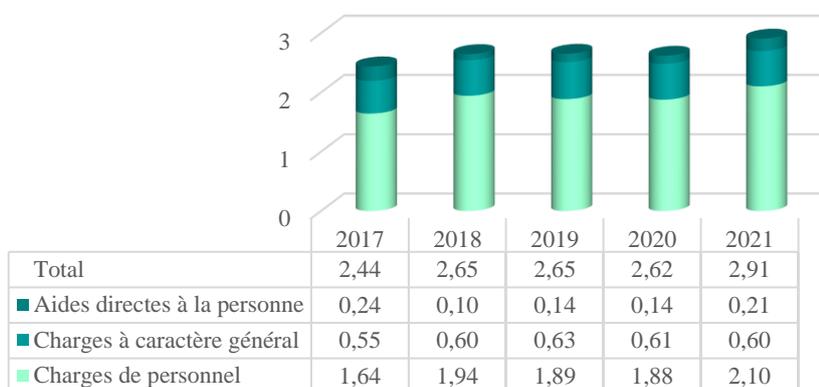
Leur croissance est essentiellement imputable à celle des dépenses de personnel, qui représentent 70 % du budget de l'établissement.

¹³ Cf. § 3.

¹⁴ CGCT, art. L. 1612-6.

Pour autant, le budget de la MDPH ne supporte que 0,2 M€ de dépenses afférentes aux agents mis à disposition du GIP par ses membres, lesquels sont déduits de la dotation allouée par l'État.

Graphique n° 1 : Évolution des dépenses réelles de fonctionnement (en M€)



Source CRC (données comptes annuels)

Les charges à caractère général tiennent, pour l'essentiel, au loyer versé au département (0,18 M€, en 2021) et à la rémunération de missions confiées à des tiers (0,2 M€).

Les aides directes à la personne sont attribuées au titre du fonds départemental de compensation.

Le cas particulier des conventions de partenariat et de participation financière

Constituent des subventions les contributions facultatives de toute nature, fondées sur un acte d'attribution, décidées par les autorités administratives, justifiées par un intérêt général et destinées à la réalisation d'une action ou d'un projet d'investissement, à la contribution au développement d'activités ou au financement global de l'activité de l'organisme de droit privé bénéficiaire. Ces actions, projets ou activités sont initiés, définis et mis en œuvre par les organismes bénéficiaires de droit privé. Ces contributions ne peuvent constituer la rémunération de prestations individualisées répondant aux besoins des autorités ou organismes qui les accordent¹⁵.

Sont des contrats de la commande publique, les contrats conclus à titre onéreux par un acheteur ou une autorité concédante, pour répondre à ses besoins en matière de travaux, de fournitures ou de services, avec un ou plusieurs opérateurs économiques¹⁶.

¹⁵ Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, art. 9-1.

¹⁶ Code de la commande publique, art. L. 2.

Au cas d'espèce, une convention dite de participation financière, conclue avec un tiers, prévoit le versement par la MDPH d'une somme fixée pour 2021 à plus de 30 000 €, dédiée au fonctionnement d'un service d'accompagnement social des sourds (dit SACSO).

Cette somme présente le caractère d'une subvention. Son attribution et son imputation budgétaire auraient dû, par conséquent, emprunter les formes propres à cette catégorie de dépenses. Le principe même de son versement par ce dernier mérite d'être questionné, compte tenu de l'origine des ressources budgétaires du GIP et de la qualité de membre détenue par le destinataire des fonds.

Trois conventions dites de partenariat ont, par ailleurs, été conclues au titre de la mobilisation d'équipes techniques d'évaluation labellisées. Ces conventions confient des prestations aux parties contractantes et en prévoient les modalités de rémunération (quantité et prix unitaire). Les modalités de versement s'écartent, toutefois, de celles applicables à la rémunération d'une prestation sur constat du service fait (absences de facturation, de précision du montant H.T.). En outre, ces prestations, dont le montant annuel global s'élève à plus de 160 000 €, ont été attribuées aux différents intervenants sans mise en concurrence, en méconnaissance des règles relatives à la commande publique.

La chambre invite la MDPH à se conformer aux règles encadrant l'exécution des dépenses publiques applicables à ces deux cas particuliers. Dans ses réponses aux observations provisoires, l'ordonnatrice indique qu'un travail de fond a été entamé pour reconsidérer les modalités de conventionnement avec tous les partenaires et mettre un terme aux pratiques non conformes sur le plan comptable et/ou juridique. La chambre prend acte de cet engagement.

Le financement des dépenses est majoritairement assuré par la CNSA¹⁷. La contribution au fonctionnement de la MDPH est, depuis 2020, directement versée à la MDPH. Mis en œuvre dans un souci de transparence, ce schéma n'est cependant pas conforme aux dispositions du CASF, qui prévoit un versement au département¹⁸. Les dotations perçues de la CNSA tiennent compte des écarts de richesses entre les territoires ainsi que des coûts supportés par l'État du fait de la mise à disposition de personnels.

¹⁷ La CNSA est elle-même financée par une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG, 30 Mds € en 2022), la contribution (et contribution additionnelle) de solidarité pour l'autonomie (CSA et CASA, 3 Mds €), une taxe sur les salaires (0,7 Mds €) et l'assurance maladie (0,5 Mds €).

¹⁸ CASF, art. L. 146-4-2, al. 4.

Graphique n° 2 : Évolution des recettes de fonctionnement (en M€)



Source CRC (données comptes annuels)

Le département contribue au fonds de compensation à raison de 15 000 € par an et, surtout, assure l'équilibre des comptes. L'augmentation de sa participation financière a ainsi couvert celle des charges de personnel.

L'excédent du fonds départemental de compensation du handicap

Les personnes confrontées à un reste à charge après attribution d'une aide technique sont, selon la MDPH, systématiquement invitées à solliciter un financement complémentaire par le fonds départemental de compensation. Plus de 500 personnes en situation de handicap ont bénéficié de 0,8 M€ d'aides financières issues de ce fonds sur la seule période examinée.

Les participations encaissées se sont, globalement, avérées supérieures de plus de 0,1 M€ aux aides financières allouées (0,94 M€, contre 0,83 M€).

La persistance de ressources demeurées sans emploi a conduit certains contributeurs à réduire, voire à suspendre, leurs participations.

Fin 2021, l'excédent cumulé des recettes sur les dépenses s'établissait à plus de 0,26 M€. Ce montant représente entre une et deux années d'aides financières du fonds.

L'évolution du cadre juridique pourrait, selon la MDPH, se traduire par une meilleure mobilisation du fonds dès 2023. Pour la chambre, l'optimisation de l'emploi de ce fonds requiert, surtout, une communication **plus** appropriée à destination de ses bénéficiaires potentiels.

Recommandation n° 4. : Améliorer la communication à destination des bénéficiaires potentiels du fonds départemental de compensation du handicap.

2.4 Situation bilancielle

Le patrimoine de la MDPH se limite à une centaine de biens meubles, dont la valorisation au bilan (nette d'amortissement) n'a, globalement, jamais dépassé 40 000 €.

Les dépenses d'investissement sont peu élevées. Le renouvellement des mobiliers et matériels est couvert par l'amortissement de ceux précédemment acquis.

Le GIP ne présente aucune dette. La trésorerie constatée à la clôture des comptes a oscillé autour de 0,6 M€ sur la période examinée. Si elle a enregistré un repli relatif au regard des volumes constatés fin 2016¹⁹, ces disponibilités équivalent à près de 3 mois de charges courantes.

Cette trésorerie accumulée tient à la déconnexion des montants budgétés en dépenses et en recettes de fonctionnement : les participations financières budgétées sont intégralement encaissées, sans prise en compte des dépenses non réalisées. L'excédent du fonds de compensation du handicap constitue la moitié de cet excédent reporté d'année en année.

3 ENJEUX DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Les ressources en personnel concentrent l'essentiel des enjeux de gestion du GIP. Le personnel des MDPH est constitué de fonctionnaires mis à disposition ou placés en situation de détachement et d'agents contractuels directement recrutés. Par dérogation aux dispositions de droit commun régissant les GIP, les MDPH peuvent recruter des agents contractuels dans le cadre de contrats de droit public ou de droit privé²⁰.

3.1 Éléments de contexte

Au vu des rapports d'activité établis par la MDPH, les effectifs de cette dernière sont passés de 57,7 à 65,3 équivalents temps plein, entre 2017 et 2021, enregistrant, ainsi, une augmentation de plus de 10 %.

¹⁹ Le volume atteint fin 2021 (0,7 M€) tient à un niveau inhabituel de dettes fournisseurs (0,1 M€).

²⁰ CASF, art. L. 146-4-1.

Dans ses réponses aux observations provisoires, la MDPH précise que ces effectifs étaient, début 2022, constitués de près d'une cinquantaine d'agents rémunérés sur son budget et d'une vingtaine mis à disposition par le département et l'État²¹.

La chambre relève que les éléments qui lui ont été communiqués ne sont pas cohérents avec le chiffrage des dépenses présentées, dans le rapport d'activité 2021, comme étant laissées à la charge des membres du groupement, de l'ordre de 2 M€ par an, soit un montant équivalent à celui supporté par le budget de la MDPH.

Bien que certaines dépenses de l'État soient déduites des contributions financières de ce dernier au budget du GIP, la documentation disponible ne précise pas les critères sur la base desquels la mise à disposition de personnels donne lieu, ou pas, selon les cas, à une contrepartie financière.

La convention initiale de constitution de la MDPH a confié la gestion des salariés de cette dernière à la Mutualité Française Anjou-Mayenne (groupe Vyv3).

3.2 Statut des personnels rémunérés par la MDPH

Les MDPH demeurent libres de soumettre leur personnel au code du travail ou à un régime de droit public propre à cette catégorie d'organisme. Néanmoins, l'organisation et les conditions de fonctionnement d'un GIP doivent être définies par la convention constitutive de ce dernier. C'est donc aux membres du GIP, et non pas à l'organe délibérant de ce dernier, qu'il incombe d'arrêter les conditions d'emploi des personnels et le régime des relations du travail applicables à ces derniers²².

Au cas d'espèce, les dispositions de la convention constitutive relative aux personnels de la maison départementale ne prévoient pas de mentions précises relatives au fonctionnement du groupement.

Les membres ne paraissent, ainsi, pas avoir tiré toutes les conséquences des précisions apportées, depuis la création de la MDPH, par les dispositions de la loi du 17 mai 2011 relatives aux GIP.

Les règles de droit du travail (contrat, congés, salaires, etc.) applicables aux salariés liés à leur employeur par un contrat de travail sont définies par une convention collective. Un employeur est tenu de faire usage de la convention collective dont relève son activité principale²³.

Selon la MDPH, il a été remédié au silence de la convention constitutive de la MDPH sur les conditions d'emploi des personnels par une délibération de la comex arrêtant la convention collective mise en œuvre par le GIP. Outre le fait qu'une telle délibération n'a été produite ni lors de l'instruction, ni en réponse aux observations provisoires, la chambre observe qu'une telle décision ne paraît pas, sous réserve de l'appréciation du juge compétent, relever de la compétence de la comex, au regard des dispositions précédemment citées.

²¹ Cf. annexe 3.

²² loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, art. 99.

²³ Code du travail, art. L. 2261-2.

Au vu des données de paye, tous les agents directement salariés par la MDPH sont régis par deux conventions collectives²⁴.

Ce régime dual ne paraît pas satisfaire aux dispositions du code du travail susmentionnées, qui prévoient l'usage d'une unique convention collective. Dans ses réponses aux observations provisoires, la MDPH invoque les dérogations prévues par ces mêmes dispositions en cas de pluralité d'activités. La chambre estime, qu'en l'espèce, l'exercice d'une unique activité ne permet pas à la MDPH de Maine-et-Loire de se prévaloir valablement d'une telle dérogation.

Enfin, l'application du code du travail a été étendue à des agents affectés à des fonctions support dont les missions ne paraissent pas de nature à justifier l'application d'un tel régime, *a fortiori* dans le cadre de la mutualisation de moyens mis en œuvre par le département²⁵.

Incidentement, le choix de la convention collective mise en œuvre emporte celui du régime salarial. Le nécessaire rétablissement de la situation est donc susceptible d'affecter certaines situations individuelles.

Usage inapproprié d'un taux réduit de cotisations patronales

La MDPH a, en 2018, fait l'objet d'un redressement de 0,13 M€ de cotisations sociales à la suite d'un contrôle de l'URSSAF. Ce redressement fait suite à l'usage indu de la réduction dite « Fillon » (également dénommée « zéro cotisations URSSAF »), alors que les GIP ne figurent pas parmi les organismes en droit de bénéficier du taux réduit de cotisation patronale mis en œuvre, jusqu'en décembre 2017, par la MDPH²⁶.

La comex a été informée de la suppression de la réduction Fillon et de l'augmentation des charges de personnel susceptible d'en résulter. En revanche, les procès-verbaux des réunions de l'organe délibérant ne font pas état de l'usage indu de ce dispositif, ni du redressement qui s'est ensuivi.

La MDPH indique que cette opération alimente un contentieux avec son prestataire comptable.

²⁴ Convention collective nationale de travail secteurs sanitaire, social et médico-social du 26 août 1965 (IDCC n°405) et convention collective nationale des médecins spécialistes qualifiés au regard du conseil de l'ordre travaillant dans des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées (IDCC n°1001 - annexée à la convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées). Le champ de la convention collective n°1001 a été rattaché à celui de la convention collective IDCC n°413 (arrêté ministériel du 16 novembre 2018).

²⁵ Les cadres dirigeants (directrice et chefs de service) sont, ainsi, mis à disposition par le département, quand leurs assistants sont directement recrutés par la MDPH ; les fonctions informatique et comptable pourraient également être assurées par des agents départementaux mis à disposition.

²⁶ C.Cass, civile, 7 novembre 2019, 18-12.128

3.3 Créations de postes budgétaires

La compétence de l'organe délibérant en matière d'adoption du budget d'un organisme public emporte sa compétence exclusive en matière de création et de définition des caractéristiques essentielles des emplois nécessaires au fonctionnement des services. L'organe délibérant n'est pas fondé à déléguer cette compétence à un autre organe²⁷. Les effectifs découlant de ses décisions sont relatés dans un tableau des emplois, tenu à jour de chaque modification.

Le statut de droit privé des agents directement recrutés par la MDPH apparaît sans effet sur la répartition des compétences budgétaires entre les organes d'un GIP soumis aux règles de gestion budgétaire et comptable publique.

Comme évoqué précédemment, les décisions budgétaires et les comptes annuels de la MDPH ne comprennent pas d'états du personnel réglementaires. Les rapports d'activité permettent de quantifier les effectifs, sans, pour autant, les rattacher individuellement aux différents groupes et filières définis par les conventions collectives dont la MDPH fait usage.

Aucune décision de la comex n'a été produite pour attester formellement des créations de postes, par cette dernière, intervenues au cours de la période examinée. Les pièces produites par l'ordonnatrice, en réponse aux observations provisoires de la chambre, ne sont pas de nature à attester valablement de l'existence d'un tableau des emplois adopté par l'organe délibérant. De même, l'adoption du rapport annuel d'activité et des informations relatives aux effectifs exposées dans ce dernier ne saurait avoir pour effet de valider *a posteriori* les évolutions en matière d'effectifs.

La chambre considère que l'absence manifeste de tableau des emplois et de document justifiant valablement les créations de postes prive de tout fondement juridique les recrutements opérés par l'ordonnatrice, de même que les rémunérations servies aux intéressés.

Aussi, la MDPH devra s'efforcer de produire un tableau des emplois en bonne et due forme permettant de retracer l'intégralité des ressources en personnels autorisées par la comex ainsi que le statut et la qualité de ses agents. Un tel document devra indiquer que chaque membre a effectivement appliqué les termes de la convention relatifs à la mise à disposition de personnels au profit du groupement. Il devra, enfin, permettre d'établir l'état du personnel, dont le défaut actuel affecte la conformité au droit des documents budgétaires et comptables.

²⁷ « *Le budget est l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses. Le cas échéant, il prévoit et autorise les emplois et les engagements de dépenses* » (décret n°2012-1246 du 7 novembre 2012, art. 7). Cf. également, CE, 3/5 SSR, 3 avril 1998, n° 133422, Département de la Vendée, rappelée par CAA Nancy, 23 oct. 2018, N° 17NC00971-17NC00972.

Recommandation n° 5. : Rétablir strictement la compétence de l'organe délibérant en matière de gestion des ressources humaines (loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, art. 99, et décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable, art. 7).

4 LA GESTION DES DEMANDES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

4.1 Activité

La MDPH enregistre près de 250 demandes par jour ouvré. Ce volume a enregistré une progression interrompue par la crise sanitaire. Il n'a pas retrouvé, en 2021, le niveau observé avant la crise sanitaire.

La CDAPH a rendu plus de 50 000 avis et décisions par an. Ce volume d'activité a été affecté par la mise en place de nouveaux outils informatiques et par la crise sanitaire. Il a, néanmoins, enregistré une augmentation de 15 % sur la période.

Graphique n° 3 : Évolution de l'activité de la CDAPH

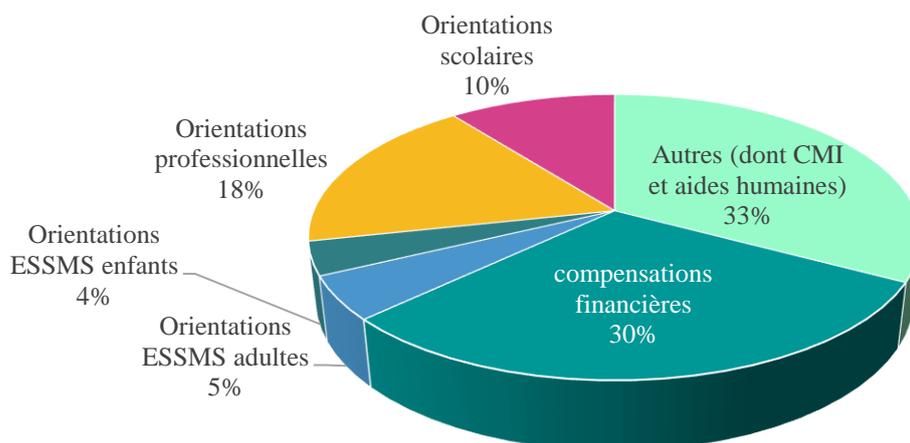


Source CRC (données : rapports d'activité MDPH)

Le nombre de demandes en attente de traitement dépassait 30 000 début 2022, soit 40 % des volumes à traiter de l'année précédente. Le doublement de ce stock, sur la période, traduit les difficultés à faire face à la charge d'activité supportée par les évaluateurs chargés de l'instruction des dossiers, du fait, notamment, de vacances de postes.

L'attribution de droits à compensation financière ou de cartes mobilité inclusion (CMI) et la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) concentrent près des deux tiers des avis et décisions rendus. Les orientations en ESSMS en représentent moins de 10 %, hors ESAT²⁸.

Graphique n° 4 : Objet des décisions et avis rendus (2021)



Source CRC (données : rapports d'activité MDPH)

Les trois quarts des demandes donnent lieu à une décision favorable. Les premières demandes font davantage l'objet de refus (plus d'une sur trois) que les demandes de réexamen (une sur cinq) ou les renouvellements (moins d'une sur dix).

En 2021, la MDPH a, par ailleurs, accueilli près de 10 000 personnes se présentant dans ses locaux et son standard enregistré plus de 27 000 appels téléphoniques.

4.2 Délais d'instruction

La CDAPH dispose d'un délai de quatre mois pour se prononcer sur les demandes présentées auprès de la MDPH²⁹.

Le délai moyen de traitement a évolué comme exposé ci-après. Les données les plus récentes font état, en Maine-et-Loire, d'un taux moyen de 3,3 mois au 2^{ème} trimestre 2022, redevenu inférieur à la moyenne nationale (4,3 mois, pour la même période).

²⁸ Etablissements et services d'aide par le travail

²⁹ Au-delà, l'absence de décision vaut rejet de la demande. CASF, art. R 241-33.

Tableau n° 1 : Évolution des délais moyens de traitement des demandes (en mois)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Global</i>	5,4	3,8	3,28	3,48	4,5	4,6
<i>Enfants</i>	2,67	2,52	2,59	2,82	4,26	4,2
<i>Adultes</i>	5,39	4,05	3,45	3,62	4,96	4,7

Source CRC (données : rapports d'activité MDPH)

Si cet indicateur est calculé pour alimenter les statistiques nationales, il doit être apprécié avec précaution. Le délai moyen est, en effet, artificiellement amélioré par les performances enregistrées pour certaines catégories de demandes porteuses de moindres enjeux : les cartes mobilité inclusion (CMI) représentent, par exemple, le quart des demandes et sont traitées plus rapidement.

Dans les faits, une décision sur deux est rendue au-delà du délai de référence de quatre mois et une sur quatre l'est en plus de 6 mois.

Pour les usagers, ce délai d'instruction, imputable à la seule MDPH, s'ajoute à celui séparant la décision de sa mise en œuvre effective. S'agissant des orientations en ESSMS, le délai total entre le dépôt d'une demande à la MDPH et l'entrée effective en établissement peut, ainsi, approcher, voire dépasser 2 ans, du fait des tensions sur l'offre de prise en charge disponible autorisée par l'agence régionale de santé et le département. La MDPH indique s'employer à « *apporter une solution même alternative à la proposition initiale, afin d'éviter les ruptures de parcours* ».

Les performances de gestion de la MDPH pourraient être relatées de façon plus pertinente par l'usage d'indicateurs statistiques appropriés.

4.3 Avis des usagers

Le baromètre national de la CNSA indique que 70 % de 69 usagers répondants, en 2021, à ces enquêtes, étaient satisfaits de la MDPH de Maine-et-Loire. Ce taux de satisfaction est relativement stable depuis sa première publication en 2019. Il demeure inférieur à la moyenne nationale, laquelle est passé de 74 % à 77 % entre 2020 et 2021. Les aides apportées en réponse aux besoins exprimés constituent le point faible de cette appréciation (62 % de satisfaits, pour une moyenne de 72 %, en 2021)³⁰.

La chambre observe que le faible taux de participation des usagers à ces enquêtes limite nécessairement les enseignements susceptibles d'en être retirés. Elle invite la MDPH à communiquer davantage sur le sujet auprès de ses usagers, notamment en période de campagne.

³⁰ CNSA, baromètre des MDPH.

4.4 Parcours individuels, le cas des personnes en situation de handicap vieillissantes

La reconnaissance d'une situation de handicap emporte celles de droits à la compensation des conséquences supportées par la personne susceptible de s'en prévaloir. Pour être pleinement opérante, une telle compensation suppose que soient individualisées tant l'analyse des besoins que l'élaboration des réponses à apporter à ces derniers. L'appréciation de ces éléments objectifs visant à la définition d'une stratégie globale et coordonnée d'interventions multiples relève des services de la MDPH. La construction d'une réponse satisfaisante requiert que soient également pris en compte les souhaits émis par la personne en situation de handicap et les droits reconnus à cette dernière. Son efficacité suppose, enfin, que les besoins soient identifiés et que leurs évolutions à venir soient anticipées afin de disposer, en temps utiles, d'une offre de prestations adaptée et suffisante pour éviter les risques de rupture.

Le choix d'un maintien à domicile nécessite l'intervention coordonnée de services sociaux et médico-sociaux sur ce lieu de vie en complément de l'accompagnement éventuellement dispensé par les proches. L'évolution des besoins de la personne accompagnée peut conduire à envisager et à préparer une orientation vers un établissement d'accueil.

Personnes en situation de handicap vieillissantes (PSHV)

La dénomination administrative de « personnes en situation de handicap vieillissantes » (PSHV) désigne les personnes qui ont entamé ou connu une situation de handicap avant que de connaître les effets d'un vieillissement. La situation de handicap a, ainsi, précédé le vieillissement³¹.

Pour les besoins de l'enquête nationale des juridictions financières dans laquelle s'est inscrit le contrôle de la MDPH, le terme de PSHV recouvre les personnes de plus de 45 ans ayant bénéficié d'une reconnaissance d'une situation de handicap avant 60 ans. Sans faire l'unanimité, cette définition et, en particulier, les seuils d'âge qu'elle comporte, demeure la plus couramment admise.

- Illustration

Le groupe VYV3 Pays de la Loire³², un des principaux gestionnaires locaux d'ESSMS assurant l'accompagnement et la prise en charge de personnes en situation de handicap, a communiqué à la chambre les données collectées auprès de ses usagers dans le but d'identifier d'éventuelles évolutions à venir des besoins de ces derniers et d'anticiper les infléchissements de parcours susceptibles d'en découler.

³¹ « Les personnes handicapées vieillissantes : espérances de vie et de santé ; qualité de vie – une revue de la littérature », B. Azéma, N. Martinez, Revue française des affaires sociales, 2005/2.

³² Issu du rapprochement, initié en 2017, de plusieurs acteurs mutualistes (dont Harmonie Mutuelle, la MGEN, SMACL assurances ou la MNT). En reprenant les activités locales de l'UM EFHS, de la Mutualité française et d'Alpha, le groupe est devenu le premier opérateur médico-social du département (plus de 1 000 places). Il assure, désormais, la gestion et la restructuration de la Maison Rochas.

L'échantillon comprend plus de 700 usagers, résidant à domicile ou en institution. L'examen a été concentré sur la centaine de personnes âgées de 57 à 64 ans, soit ceux approchant ou d'ores et déjà entrées dans une période charnière (fin d'activité professionnelle, possibilité d'ouverture de droits propres aux personnes âgées)³³.

Près de 60 % des personnes composent l'échantillon travaillent en ESAT et sont, en toute logique, plus autonomes. Seul un quart des employés d'ESAT bénéficient d'un accompagnement, le plus souvent non médicalisé, alors que près de 20 % des autres individus font l'objet d'un accompagnement médicalisé, auxquels s'ajoutent 26 % suivis sans soins.

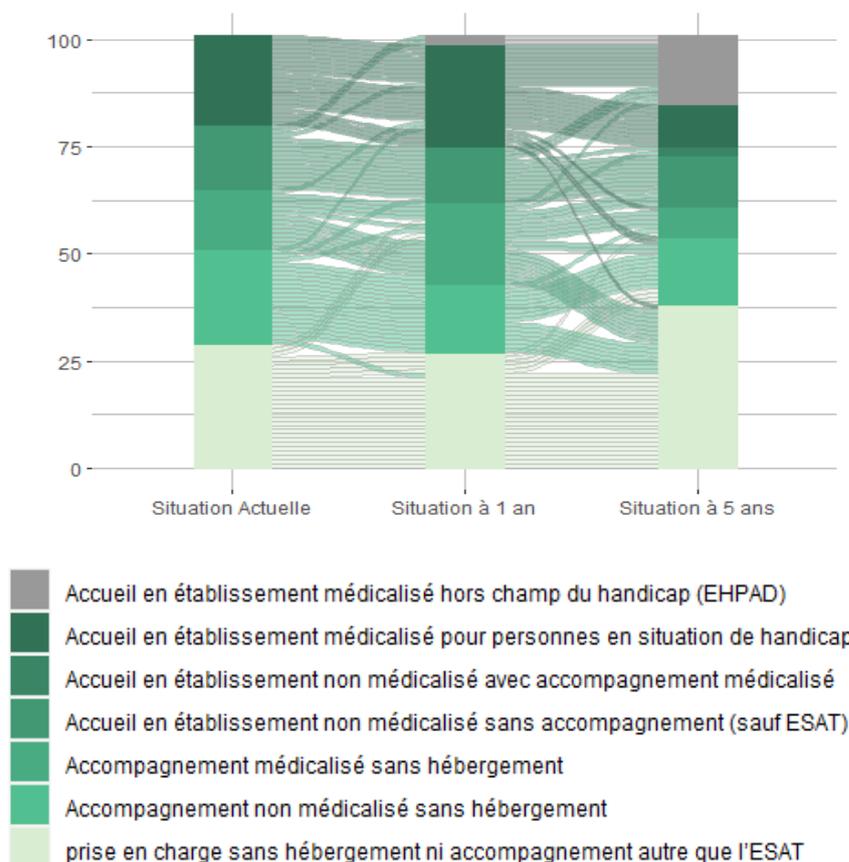
Par ailleurs, moins de 15 % des travailleurs d'ESAT résident en institution (non médicalisée), alors que la moitié des autres personnes constituant l'échantillon est hébergée principalement en établissements médicalisés (MAS ou FAM). Ce constat incite à relativiser la méconnaissance des populations de personnes vivant à domicile.

L'échantillon est principalement constitué de personnes affectées par un handicap acquis (lésion cérébrale à 60 %) et, dans une moindre mesure, atteintes de déficience intellectuelles (18 %) ou de troubles psychiques (17 %). Les personnes cérébrolésées résident autant en institution qu'en dehors ; les autres ne sont, à quelques exceptions près, pas hébergées en établissement.

Sur ces bases initiales, les parcours anticipés à un, trois et cinq ans peuvent être schématisés en fonction de l'amplification des accompagnements à mettre en œuvre, au gré, notamment, de l'apparition de besoins en soins, et des changements de résidence qui leur sont parfois attachés. Dans l'infographie qui suit, les flux ascendants traduisent, ainsi, un renforcement de l'accompagnement, par institutionnalisation ou médicalisation, quand les descendants permettent un allègement du suivi. La première échéance annuelle résulte d'évolutions de besoins, selon toute vraisemblance, déjà identifiés, voire de réponses dont la mise en œuvre a déjà été engagée.

³³ Incidemment, la taille de l'échantillon facilite la lecture des chiffres par la quasi-parité, fortuite, entre valeurs et volumes cités (1 % de l'échantillon équivaut à un individu).

Schéma n° 1 : Anticipation des parcours à 1 et 5 ans de 101 patients âgés de 57 à 64 ans pris en charge par VYV3



Source : CRC (données VYV3 accompagnement et soins)

Les spécificités de l'activité de l'opérateur et les imperfections inhérentes à tout exercice de prévision limitent nécessairement la représentativité tant de l'échantillon observé que des parcours anticipés. L'échantillon présente, toutefois, l'intérêt d'embrasser une grande variété de situations individuelles, du fait de la présence de l'opérateur dans l'ensemble des modalités d'accompagnement du secteur adulte (établissements et services à domicile médicalisés ou non, ESAT et EHPAD). Sous ces réserves, la démarche mise en œuvre par l'opérateur contribue à apprécier les premiers effets du vieillissement susceptibles de se manifester autour de 60 ans ou de la sortie de la vie active, la seconde apparaissant plus conséquente dès lors qu'elle n'a pas été précédée d'un accompagnement extra-professionnel.

- **Anticipation et urgence**

S'agissant des PSHV, les risques de rupture de parcours individuels paraissent davantage liés à la sortie de la vie active. La MDPH n'a pas déployé d'outils susceptibles d'anticiper cette échéance prévisible, dont la gestion est, de fait, assurée par les seuls gestionnaires d'ESSMS. La MDPH estime que cette gestion au cas par cas ne nécessite pas d'outil spécifique.

Près de 350 personnes ont fait l'objet d'une décision d'orientation prononcée en urgence en 2021. Moins de la moitié étaient des personnes en situation de handicap vieillissantes (40 % âgées de 45 à 59 ans, 10 % de plus de 60 ans). Au vu de ces éléments, ces dernières n'apparaissent pas davantage exposées aux risques de rupture.

Toutefois, ces situations d'urgence comprennent, dans des proportions non quantifiables, des situations individuelles non identifiées par les services sociaux. Révélées par la survenance d'une crise, ces cas font l'objet d'une première prise en charge en milieu hospitalier avant de donner lieu à une orientation médico-sociale. Ils illustrent les difficultés de détection, en amont, des risques de rupture auxquels sont davantage exposées les personnes résidant à domicile, *a fortiori* lorsque ces dernières ne bénéficient pas d'un suivi médico-social. Ces cas d'orientations prononcées dans des délais restreints comprennent nécessairement ceux relevant d'admissions en EHPAD préalablement négociées entre établissements en dehors des procédures administratives.

- *Réponse accompagnée pour tous (RAPT) et Communauté 360*

Mesure emblématique des politiques publiques en faveur des personnes en situation de handicap, le dispositif de « *Réponse accompagnée pour tous* » (RAPT) permet à un usager, non pas de contester une décision d'orientation prise par la CDAPH, mais de solliciter l'engagement d'une procédure administrative visant à exécuter cette même décision ou, à défaut, à la mise en œuvre d'une solution alternative. Pour cela, l'établissement formalise un programme d'accompagnement global (PAG) engageant ses signataires. Cette procédure requiert la réunion, par la MDPH, de l'ensemble des acteurs susceptibles de contribuer à la définition d'une solution viable et de mise en œuvre immédiate. Elle peut également être initiée par les services de la MDPH³⁴.

Le rapport d'activité de la MDPH de Maine-et-Loire fait état de la production d'une quarantaine de PAG entre 2020 et 2021 et de près de 400 situations individuelles signalées ayant pu être résolues sans engagement formel de la procédure.

Le recours à cette mesure apparaît modéré au regard des attentes suscitées et des taux de mise en œuvre des décisions d'orientation prononcées. Si cette tendance rejoint des constats nationaux, le Maine-et-Loire ne figure pas parmi les départements les plus investis dans le dispositif³⁵.

Cette situation paraît, en premier lieu, tenir à la doctrine qui préside à sa mise en œuvre.

La documentation procédurale établie par la MDPH présente, par exemple, l'initiation d'une telle procédure par l'équipe d'évaluation comme une simple faculté offerte à cette dernière. La MDPH considère que les propositions d'orientations proposées par l'équipe doivent être formulées au regard des seuls besoins de la personne et non pas de l'offre disponible. Cette position conduit la CDAPH à décider d'orientation en établissement d'accueil médicalisé (EANM) non assorties de PAG, en dépit de délais dont la longueur est de notoriété publique.

³⁴ CASF, notamment art. L. 114-1-1 et L. 146-8.

³⁵ A l'échelle nationale, moins de 3 000 PAG étaient en cours de réalisation en 2020. Les pratiques varient fortement d'un département à l'autre (plusieurs centaines de cas dénombrés dans les territoires les plus engagés dans la démarche, aucun pour d'autres) et les situations individuelles concernées sont sans lien avec le vieillissement.

Par ailleurs, même si la MDPH s'en défend, sa documentation interne prévoit explicitement de prioriser certaines situations pour l'entrée dans le dispositif RAPT (personnes présentant des troubles autistiques ou psychiques ainsi que les jeunes accompagnés par le service de protection de l'enfance). Ce cadre normatif prévoit, en outre, que les demandes de PAG formulées par les usagers qui ne remplissent pas l'un des critères retenus doivent faire l'objet de propositions d'alternatives comme des « mises en veille RAPT » ou des « réorientations vers le service concerné ». De tels critères, dont l'édiction a été préconisée, au plan national, pour faciliter la montée en puissance du dispositif, n'ont pas vocation à être pérennisés. La MDPH admet que ce filtre vise à éviter l'engorgement du dispositif.

Le faible recours à la RAPT, en Maine-et-Loire, peut, en second lieu, être regardé comme résultant d'un défaut de communication des différents protagonistes.

En dépit d'une intention évidente de faire œuvre de pédagogie, le règlement départemental ne fait pas état de la faculté dont dispose l'utilisateur de solliciter, à son initiative, son entrée dans le dispositif RAPT.

Certes, les courriers de notification de décision adressés par la MDPH mentionnent explicitement la possibilité offerte au bénéficiaire de « solliciter un plan d'accompagnement global auprès de la MDA », mais la terminologie administrative ainsi employée ne paraît pas des plus appropriées.

Les sites internet institutionnels (département et MDPH) n'évoquent pas davantage le dispositif. Il en est de même du site de l'une des associations d'utilisateurs les plus actives, pourtant créée pour soutenir, dans leurs démarches, les personnes en situation de handicap demeurées sans solution et représentées dans l'instance de décision de la MDPH.

Ces défauts de communication ne sont pas de nature à faciliter la compréhension du dispositif et affectent, selon toute vraisemblance, l'exercice effectif de leurs droits par les utilisateurs.

Il en résulte que le nombre de cas accompagnés au titre de la RAPT ne peut servir d'outil de mesure de l'évolution de besoins non couverts du fait de l'absence de solution disponible.

Dans ses réponses aux observations provisoires, la MDPH indique préparer un document d'information destiné au public et avoir engagé une refonte de son site internet.

Au demeurant, la RAPT est perçue, par la MDPH, comme un dispositif au potentiel limité, par nature, car dédié à des situations déjà dégradées.

A l'instar de la RAPT, le dispositif de *Communauté 360* repose sur la mobilisation ponctuelle et coordonnée des différents acteurs du handicap en vue de la résolution de situations individuelles. Elle s'en distingue par la logique de prévention qu'elle porte et apparaît, de ce fait, davantage devoir être investie aux yeux de la MDPH.

Salariée d'un opérateur associatif pour des raisons budgétaires, la coordonnatrice départementale exerce ses fonctions dans les locaux de la Maison de l'autonomie de Maine-et-Loire. La MDPH estime être, ainsi, prémunie des risques de chevauchement des deux dispositifs, RAPT et *Communauté 360*. Cet empilement de dispositifs pourrait, selon la MDPH, être amplifié par la création des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), point d'entrée unique et gratuit réservé aux professionnels.

ANNEXES

Annexe n° 1. Formation du résultat	31
Annexe n° 2. Recettes et dépenses du fonds départemental de compensation	32
Annexe n° 3. Effectifs au 1 ^{er} janvier 2022 (en nombre d'agents).....	33

Annexe n° 1. Formation du résultat

<i>en M€</i>	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Ressources institutionnelles (dotations et participations)</i>	2,43	2,41	2,68	2,57	2,96
+ <i>Ressources d'exploitation</i>	0,02	0,02	0,03	0,02	0,03
=Produits de gestion	2,45	2,44	2,70	2,59	2,99
<i>Charges à caractère général</i>	0,55	0,60	0,63	0,61	0,60
+ <i>Charges de personnel</i>	1,64	1,94	1,89	1,88	2,10
+ <i>Aides directes à la personne</i>	0,24	0,10	0,14	0,14	0,21
+ <i>Subventions de fonctionnement</i>	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00
+ <i>Autres charges de gestion</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
=Charges de gestion	2,45	2,66	2,66	2,62	2,91
- <i>Dot. nettes aux amortissements</i>	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
+ <i>autres produits</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
= Résultat de l'exercice (fonctionnement)	-0,01	-0,23	0,04	-0,03	0,08

Source : Logiciel ANAFI, d'après les comptes de gestion

Annexe n° 2. Recettes et dépenses du fonds départemental de compensation

<i>*En M€</i>	2017	2018	2019	2020	2021
<i>Aides financières allouées*</i>	0,24	0,10	0,14	0,14	0,21
<i>Nbre de bénéficiaires</i>	138	81	126	102	117
<i>Contributions encaissées*</i>	0,33	0,19	0,17	0,13	0,12
<i>État</i>	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06
<i>Département</i>	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
<i>CPAM</i>	0,06	0,06	0,05	0,05	0,03
<i>CAF</i>	0,03	0,04	0,04		
<i>CNSA</i>	0,15				

Source : CRC (données MDPH)

Annexe n° 3. Effectifs au 1^{er} janvier 2022 (en nombre d'agents)

<i>Emplois</i>	Rémunéré par GIP	MAD Département	MAD État	MAD Education nationale
<i>Directeur</i>		1		
<i>Assistant de direction</i>	1			
<i>Chef de service</i>		3		
<i>Assistants de service</i>	4			
<i>Chargé de mission</i>	1			
<i>Responsable juridique</i>		1		
<i>Conseillers(ères) accueil</i>	4	1		
<i>Gestion courrier</i>			1	
<i>Système d'information et statistiques</i>	1		1	
<i>Secrétaires médicales</i>	1			
<i>Médecins</i>	6			
<i>Infirmière</i>	1			
<i>Adjointe chef de service</i>	2			
<i>Responsable d'unité</i>	1			
<i>Instructeurs</i>	19	2	1	1
<i>Assistante de gestion administrative</i>				
<i>Enseignant</i>				1
<i>Évaluateurs coordonnateurs</i>	6	6		1,5
<i>Psychologue</i>				
<i>Assistants sociaux</i>				1
<i>Comptable - chargé de contrôle</i>	1			
TOTAUX	48	14	3	4,50

Source : MDPH



Les publications de la chambre régionale des comptes
Pays de la Loire
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/crc-pays-de-la-loire

Chambre régionale des comptes Pays de la Loire

25 rue Paul Bellamy
BP 14119
44041 Nantes cédex 01

Adresse mél.
paysdelaloire@ccomptes.fr